

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année Scolaire 1920-1921 — N° 155

SUR UN CAS
d'Occlusion Intestinale
par Torsion
autour d'une anastomose iléo-colique

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 15 Février 1921

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Albert ESCHBACH

Né le 11 Février 1895, à Dijon



DIJON

J. DELORME, IMPRIMEUR

9, Rue Jacques-Cellerier, 9

1921

Sur un Cas
d'Occlusion Intestinale

par Torsion

autour d'une anastomose iléo-colique

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. LÉPINE. Doyen.
X. Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. AUGAGNEUR, SOULIER, CAZENEUVE, BEAUVISAGE,
LACASSAGNE, TESTUT.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	{	MM. TEISSIER.
Cliniques chirurgicales		ROQUE.
Clinique obstétricale et Accouchements.		BARD.
Clinique ophtalmologique.		TIXIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.		BÉRARD.
Clinique neurologique et psychiatrique		FABRE.
Clinique des maladies des enfants		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes		NICOLAS.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.		LÉPINE J.
Clinique des maladies des voies urinaires.		WEILL.
Clinique chirurgicale des maladies des enfants.		POLLOSSON (A.).
Physique biologique, Radiologie et Physiothérapie		LANNOIS.
Chimie biologique		ROCHET.
Chimie organique et toxicologique		NOVE-JOSSERAND.
Matière médicale et Botanique.		CLUZET.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale		HUGOUNENQ.
Anatomie		MOREL.
Anatomie générale et Histologique		MOREL.
Physiologie.		GUIART.
Pathologie interne		LATARJET.
Pathologie et Thérapeutiques générales.		POLICARD.
Anatomie pathologique		DOYON.
Médecine opératoire		COLLET.
Médecine expérimentale et comparée		MOURIQUAND.
Médecine légale		PAVIOT.
Hygiène		VILLARD.
Thérapeutique		ARLOING (F.).
Pharmacologie		Etienne MARTIN.
		COURMONT (P.).
		PIC.
		FLORENCE (A.).

PROFESSEURS ADJOINTS

Pathologie externe	VALLAS.
Propédeutique de gynécologie.	CONDAMIN.
Chimie minérale	BARRAL.
Accouchements	COMMANDEUR.
Urologie.	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Anatomie topographique	PATEL.
Botanique	BRETIN.
Embryologie	HOVELACQUE.
Stomatologie	TELLIER.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
NOGLER.	GARIN.	DUROUX.	CORDIER.
BRETIN.	SAVY.	HOVELACQUE.	ROUBIER.
LERICHE.	FROMENT.	TRILLAT.	FAVRE.
THÉVENOT (Léon)	THÉVENOT (Lucien).	SARVONAT.	MURARD.
TAVERNIER.	PIÉRY.	FLORENCE (G.).	BONNET.
CADE,	COTTE.	ROCHAIX.	GRAVIER, chargé des fonctions.

M. BAYLE, secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. BÉRARD, Président; TIXIER, Assesseur;

MM. LERICHE, et COTTE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE ET DE MA MÈRE.

A LA MÉMOIRE DE MON BEAU-FRÈRE ARNAUD BRINCAS,
DOCTEUR EN DROIT
MORT POUR LA FRANCE LE 20 AOÛT 1918

AVANT-PROPOS

Il est d'usage, arrivé au terme des études médicales, d'examiner un peu le passé, de l'évoquer en quelques lignes. Que de changements ! Que de transformations depuis le jour où, rieurs et insoucians, nous franchissions pour la première fois le seuil d'une faculté. Qui donc n'a pas eu un mouvement de puéril orgueil à penser que de collégien il s'était mué en étudiant ? Nous eûmes alors bien des joies. Pourquoi les rappeler puisque parmi ceux qui les partagèrent, tous ne sont plus là pour en sourire avec nous. La guerre a transformé bien des silhouettes joyeuses en figures graves. Et c'est devant elles que nous nous inclinons avec émotion.

Nous nous souvenons aussi avec plaisir de l'Hôpital général de Dijon. Il nous a accueilli pour nous donner les premiers éléments de l'art que nous allons pratiquer désormais. Il nous fut longtemps et nous est encore familier, car il n'oublie pas et ses portes s'ouvrent sans rancune devant les enfants prodiges qui l'ont abandonné à regret. Pendant les trois ans que nous y passâmes, tous, jeunes et vieux, s'empressèrent à nous guider, à nous instruire, à nous montrer l'exemple journalier de leur savoir et de leur dévouement. Les souvenirs de leurs leçons ne disparaîtront pas et nous nous efforcerons de les rendre fiers de ceux qu'ils ont formés. Qu'ils trouvent ici l'expression de notre hommage respectueux et de notre sincère affection. Plus particulièrement nous garderons toujours au docteur Georges Leclerc une gratitude

puisqu'elle nous permet aujourd'hui de signaler un grave inconvénient de l'entéro-anastomose. Il est curieux de penser que cette intervention que l'on vient de préconiser le 2 novembre à la Société de chirurgie de Paris comme traitement de l'occlusion intestinale aiguë, peut être elle-même une source d'occlusion.

Sans doute après cette opération, l'occlusion n'est pas une complication très fréquente et cela fort heureusement. Elle est même si peu fréquente que, malgré toutes nos recherches bibliographiques, nous n'avons pu trouver de publications analogues. Peut-être ces recherches furent-elles mal dirigées et par une main bien inexperte car, devant la simplicité des faits, on ne peut manquer d'être surpris de voir cet accident si rare. Et cela est si vrai qu'on a signalé plusieurs fois des cas semblables à la suite des gastro-entérostomies et que Lenclos en 1899 pouvait écrire : « La gastro-entérostomie et l'entéro-anastomose sont des opérations qui procurent souvent des déboires (en fait d'occlusion), au chirurgien ». C'est pourquoi il nous a semblé regrettable d'apercevoir que dans toutes les sociétés savantes et les congrès où l'on discutait sur les indications de l'entéro-anastomose, la technique, jamais il n'avait été dit un mot des occlusions post-opératoires.

Enfin, nous ne voulons pas nous appesantir davantage : ce n'est pas la première fois qu'on constate que la méthode thérapeutique, reconnue par certains comme excellente, montre des défauts de cuirasse.

Dans le travail que nous avons entrepris, nous

avons voulu simplement publier une observation intéressante et nous efforcer, par la compréhension de ce qui s'en dégage, de rapprocher ce cas d'autres cas à peu près semblables, sinon par l'étiologie, du moins par la pathogénie, regrettant que nos recherches ne nous aient mieux favorisés. Puis, dans un dernier chapitre, nous avons esquissé rapidement un parallèle entre les diverses interventions possibles pour la cure de l'occlusion intestinale aiguë.



Observation du professeur L. Bérard

En juillet 1917, M^{me} F..., âgée de 57 ans, jusque-là bien portante, mais atteinte de hernie crurale droite, dut être opérée d'urgence pour un étranglement de cette hernie. L'intestin était sphacélé. On fit une résection intestinale suivie de suture à la soie.

Huit jours après cette intervention se produisit une fistule pyo-stercorale avec élimination d'un des fils de soie. Comme la malade s'affaiblissait rapidement, le professeur Bérard dut intervenir lui-même pour la cure radicale de cette fistule pyo-stercorale. Il fit une laparotomie médiane et, comme l'anse malade était encore enfouie dans un placard inflammatoire étendu, il pratiqua une entéro-anastomose latéro-latérale entre l'iléon, au-dessus de cette anse fistuleuse, c'est-à-dire environ à un mètre de la valvule ilio-cœcale, et une portion du colon qu'il choisit à dessein sur le transverse assez prolabé pour éviter la diarrhée consécutive à la suppression fonctionnelle d'un trop long segment d'intestin.

L'exclusion de l'anse fistuleuse fut assurée par une simple ligature modérément serrée avec un tendon de renne assez gros placé à dix centimètres environ en amont de l'anse fistuleuse.

Les suites opératoires furent simples. La fistule pyo-stercorale simplement un peu dilatée se tarit et, au bout d'un mois après cette seconde opération, la malade rentrait chez elle, conservant quelques troubles digestifs avec un certain ralentissement dans la circulation des matières.

Vers la fin de 1919, les digestions devinrent plus paresseuses, et la malade eut à plusieurs intervalles des crises de sub-occlusion, avec des vomissements abondants qui,

d'ordinaire, se calmaient par du repos au lit et par l'administration de quelques lavements laxatifs.

Le jeudi 16 novembre, après une journée de travail pénible, cette femme se mit à vomir en même temps qu'elle éprouvait des coliques avec distension péri-ombilicale. Des lavements huileux et divers laxatifs furent administrés sans succès pendant trois jours au bout desquels, seulement, le médecin fut prévenu. Celui-ci était au courant des accidents habituels, c'est pourquoi il essaya, pendant 24 heures, de prescrire de la glace intus et extra, et de nouveaux lavements purgatifs. Mais, le jour même, les vomissements devinrent fécaloïdes et, d'urgence, cette malade fut transportée dans le service du professeur Bérard. Son état général était précaire, après un transport douloureux en automobile au cours duquel elle avait éprouvé une douleur abdominale pongitive qu'elle comparait à une déchirure.

Localement on constatait un énorme ballonnement péri-ombilical et, sous la paroi, se dessinait un péristaltisme surtout marqué dans le flanc gauche, avec une distension apparente considérable de l'anse en contraction. Pas de matité dans les flancs. Régurgitation stercorale continue. Pouls à 120, nez tiré. Facies pincé. Un peu de cyanose des extrémités.

Comme l'introduction du tube de Fochier est facile pour cette malade, on procède immédiatement à un lavage de l'estomac qui évacue plus d'un litre de liquide purée de pois, très fétide. Et après une injection sous-cutanée de 500 centimètres cubes de sérum glucosé et de 20 centimètres cubes d'huile camphrée, la malade est endormie à l'éther goutte à goutte.

Le professeur Bérard pratique une laparotomie médiane, d'abord du pubis à l'ombilic : une anse grêle, turgide, violacée, du volume de l'avant-bras, fait aussitôt issue hors du ventre, on l'isole par des compresses dans une grande cuvette stérilisée et on l'ouvre d'un

coup de ciseaux : il s'écoule d'emblée près de deux litres de liquide fécaloïde et l'exploration de l'abdomen en est très facilitée. Un clamp posé sur l'incision de cette anse grêle, avec des compresses de gaze stérilisée autour, on cherche la cause de l'occlusion et on est amené ainsi très haut, et à gauche vers la colonne, à une masse indurée qui semble coincer l'intestin. L'incision est agrandie et l'on a alors sous l'œil deux anses accolées en canon de fusil, et tordues, l'une grêle, l'autre colique. Au niveau de la torsion qui est à plus d'un tour de spire, l'anse grêle a été perforée et autour du petit orifice il y a un peu de pus entouré de membranes fibrineuses jaunâtres. En suivant les anses distendues à partir de la torsion, on trouve le colon ascendant, puis le cœcum, l'un et l'autre très mobile avec un long méso et tout le segment d'intestin grêle compris entre la valvule iléo-cœcale et l'ancienne anastomose. Il semble impossible d'opérer cette détorsion sans déchirure plus large de l'intestin avant d'avoir séparé les deux anses anastomosées.

Et comme, d'autre part, l'anse grêle est sphacélée sur une zone de 2 centimètres environ au contact de l'anastomose, on décide de suturer la portion colique de la bouche et de garder la portion iléale pour la fixer momentanément à la peau et créer une fistule stercorale de décharge, car l'état de la malade s'oppose à une résection de l'intestin. Un clamp est donc placé sur l'anse grêle en partie sphacélée qu'on isole, elle aussi, par des compresses.

L'anse grêle distendue qui avait été incisée en amont de l'obstacle et dans laquelle du liquide était à nouveau accumulé, est encore placée dans une cuvette stérilisée et le clamp enlevé ; on recueille encore plus d'un litre de liquide purée de pois fétide. Cette anse essuyée, lavée à l'éther, est suturée transversalement au niveau de son incision, puis abandonnée dans l'abdomen.

L'inventaire rapide de l'intestin ne décèle plus d'autres

lésions. La fin de l'iléon est maintenant libre d'adhérences et l'on note simplement deux minces traits circulaires un peu nacrés, représentant, l'un la ligne de suture bout à bout qui avait été faite en 1917 lors de la résection de l'anse étranglée et, l'autre, à 10 centimètres au-dessus, le point où le lien de tendon de renne avait été placé sur l'intestin pour l'exclure. Pas trace de rétrécissement dans l'une et l'autre de ces zones ; cette indication sera utile pour la conduite ultérieure à tenir.

Toutes ces manœuvres ont duré près d'une heure avec anesthésie discontinue. Après lavage des parties souillées du péritoine à l'éther, on abandonne dans la séreuse encore 20 centimètres cubes d'huile camphrée.

La longue incision pariétale est rapidement suturée à un seul plan de gros fils de bronze, et l'anse grêle partiellement sphacélée qu'on a gardée sous des compresses est fixée à l'extrémité inférieure de l'incision, de façon que la zone sphacélée soit en dehors de la peau. Un gros tube de Paul conduit les liquides intestinaux hors du pansement.

A la suite de cette intervention, on considérait la situation comme désespérée : pouls petit, serré, sueurs froides, respiration haletante. Une nouvelle injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum chaud à 42° est faite.

Douze heures après, le contenu du bout inférieur de l'intestin est évacué par les voies naturelles en une masse pâteuse, jaunâtre, abondante. Dès le quatrième jour, comme il faut éviter toute nouvelle cause de déperdition alimentaire, l'anse grêle ouverte et fixée à la peau, environ à 2 centimètres des bords de la perforation, est suturée presque totalement autour d'un petit drain, puis repoussée dans l'abdomen sous les muscles droits, de façon à ne garder qu'une petite fistule stercorale.

Dès le 26, le cours des matières se rétablit presque exclusivement par les voies naturelles.

Le 28, on ferme définitivement cette fistule.

Le 4 octobre, la malade qui, jusque-là, n'a rien pris que des lavements nutritifs et des injections de sérum glucosé, est remise à l'alimentation buccale par des liquides.

Le 30 octobre, elle rentre chez elle complètement guérie. Depuis l'intervention, la température n'avait pas dépassé 37°,8.



Etiologie et pathogénie

DES OCCLUSIONS INTESTINALES

PAR TORSION DU MÉSENTÈRE

avec application au cas étudié

Etranglement herniaire, entéro-anastomose, occlusion intestinale consécutive ; tels sont les phénomènes observés dans les faits que nous publions. On a, de plus, bien compris, par la lecture de cette observation détaillée, que le cas qui nous intéresse rentrait dans le cadre bien connu, aujourd'hui, des occlusions par torsion du mésentère.

Cette torsion du mésentère se réalise de multiples façons. Nous éliminerons, pour commencer, les dispositions anatomiques anormales et rares qui peuvent être des causes de torsion du mésentère : diverticule de Meckel très développé, fossettes duodénales distendues servant de poche où vient se loger l'intestin et servant de point d'appui à celui-ci pour déplacer le mésentère. Attachons nous plus particulièrement aux dispositions fréquentes.

L'anatomie pathologique nous enseigne que, à toute lésion inflammatoire ou traumatique, le péritoine répond par des exsudats qui forment ultérieurement des brides ou des adhérences, des placards qui se résorbent difficilement et peuvent être causes de troubles plus ou moins graves dans le fonctionnement normal du péristaltisme intestinal. Les traités classiques de chirurgie nous signalent la fréquence des troubles digestifs après les péritonites bacillaires, plus fréquentes qu'on ne le croit souvent chez les adolescents, troubles digestifs dus seulement à la coudure de l'intestin sur une de ces brides néoformées diminuant, par le fait même, le calibre du canal intestinal.

Mais il peut y avoir plus : non seulement l'intestin peut se couder sur une de ces brides néoformées, mais il peut se comporter, avec certaines conditions anatomiques, comme un axe autour duquel va se tordre et le mésentère et l'intestin. Nous avons recherché, dans la littérature médicale, les cas d'occlusion intestinale par torsion du mésentère survenant après une réaction inflammatoire du péritoine.

Ils sont assez peu nombreux. Nous en avons choisi deux qui semblent tout à fait démonstratifs et dont les observations détaillées termineront ce court travail.

Routier, en 1898, publiait le cas d'une femme entrée dans son service (observ. I.), avec des signes très nets d'occlusion intestinale. Le début en avait été dramatique, survenant brusquement au milieu d'une nuit ; une laparatomie fut faite d'urgence. On nota

une torsion de l'iléon et de son mésentère, sous l'influence d'adhérences des anses intestinales. Or, dix ans auparavant, cette femme avait fait, à la suite de couches, une péritonite assez grave.

La 2^e observation est encore plus typique (obs. II.). Au congrès de chirurgie de 1913, Pothérat rapporte le cas d'un homme de 58 ans qui avait présenté, durant plusieurs jours, des phénomènes d'occlusion intestinale chronique et chez qui le cours des matières et des gaz s'arrêta brusquement, en donnant lieu à des manifestations douloureuses bruyantes. A l'ouverture du ventre, on constata une masse de coloration saumonée, grosse comme une tête de fœtus et formée par des anses intestinales agglomérées entre elles. Cette masse, rappelant par son aspect un kyste volumineux, était portée par un pédicule dur, épais comme le pouce et tordu sur lui-même. Ce pédicule n'était autre que le mésentère. Sa torsion s'était accomplie de toute évidence sous l'influence de l'agglomération des anses intestinales. En effet, la moitié supérieure seule de l'intestin grêle participait à ce conglomérat et du même coup la moitié supérieure seule du mésentère s'était tordue.

De ces deux observations se dégage pour nous ce fait, que la présence de brides inflammatoires ou d'adhérences pathologiques, unissant entre eux soit deux segments intestinaux, soit celui-ci à un autre organe, est une cause favorisante de torsion du mésentère, cause qui agit d'autant mieux si le mésentère présente certaines dispositions anatomiques spéciales que nous allons maintenant envisager.

Quelles sont ces conditions anatomiques ?

1^o Il faut que le mésentère soit long. On conçoit évidemment qu'il n'est pas possible qu'un mésentère très court se torde autour d'un axe constitué par une bride. Il lui faut du jeu, une grande liberté de mouvements. Normalement déjà ces mouvements lui sont possibles, mais limités en amplitude. Si le mésentère a une longueur exagérée, cette amplitude s'augmentera jusqu'à lui permettre de pivoter sur lui-même.

On a bien souvent constaté cette élongation et elle est une des curiosités du cas que nous publions nous-mêmes.

De nombreux facteurs étiologiques ont été invoqués pour expliquer cet allongement : élongation du mésentère d'origine congénitale, constipation habituelle, régime purement végétal amenant une augmentation dans la longueur de l'intestin, anomalie d'insertion du mésentère, insertion plus basse que de coutume favorisant l'entéroptose, présence d'une hernie ancienne.

De tous ces facteurs, ne retenons que le dernier comme le plus logique et le plus en rapport avec la réalité des faits.

En effet, considérons une personne qui possède depuis un certain temps déjà une hernie, l'intestin a trouvé là une voie d'expansion, il a pris l'habitude de remplir le sac herniaire et tend par son propre poids et par l'effet de la pression abdominale à augmenter le volume du sac, à élargir de plus en plus son anneau. Il tiraille donc constamment son mésentère.

tère. Que la tension abdominale s'accroisse, soit sous l'influence d'une profession comportant plus d'effort, soit sous l'influence d'une maladie qui fait tousser ou pousser et le tiraillement ira en s'accroissant. Or, la résistance que le mésentère a à opposer à cette force, n'est pas bien grande. De par sa constitution, la séreuse ne résistera guère aux tractions qui la solliciteront. Elle s'allongera.

2° Il faut que le mésentère soit souple. Pour la même raison que tout à l'heure, on conçoit qu'un mésentère épais et dur s'opposera à tout mouvement de torsion.

Rappelons rapidement les trois couches qui constituent ce repli péritonéal : une couche endothéliale formée de cellules minces et aplaties, une couche conjonctive très mince également dans laquelle, noyée dans une substance amorphe et hyaline, on rencontre quelques fibres conjonctives et quelques fibres élastiques et enfin une couche celluleuse sous-péritonéale. Sauf le cas où cette dernière couche est très riche en graisse, on se rend compte de la laxité possible du mésentère et de sa souplesse normale.

Cela est bien facile à vérifier sur le cadavre. Il est possible d'enrouler le mésentère sur lui-même en faisant décrire à toute la masse de l'intestin grêle un mouvement de rotation de gauche à droite, dans le sens des aiguilles d'une montre. On trouve quand le mouvement a été complet une corde transversale dans le flanc droit, corde rigide, volumineuse, de la grosseur du pouce oblique en bas et à droite. Il suffit de détordre pour remettre les choses en place et

faire disparaître la corde mésentérique.

Quand toutes ces conditions se trouvent réalisées, l'intestin grêle peut facilement se tordre. Et seules les 2 extrémités de ce conduit, celle qui continue le duodénum en haut et celle qui se jette dans le cœcum en bas, sont fixes. La première anse décrit une courbe embrassant le bord inférieur du mésentère tordu, la dernière anse décrit une courbe en sens inverse. Et ainsi l'iléon peut pivoter en totalité sur lui-même ou au contraire une portion seule du grêle s'enroulera.

Mais la torsion ne porte pas toujours uniquement sur l'iléon ; sa partie terminale ainsi que le cœcum et la partie initiale du colon ascendant peuvent être le siège des mêmes phénomènes. Et, dans le cas qui nous intéresse, on constate cette torsion qui porte sur le segment intestinal compris entre les deux points anastomosés.

Là encore des conditions anatomiques vont entrer en jeu et permettre au mécanisme de s'exécuter.

Normalement le cœcum est libre et flottant dans l'abdomen et le péritoine recouvre l'organe sur tout son pourtour. Au niveau du colon ascendant la séreuse, dans la majorité des cas, ne recouvre que ses faces interne, antérieure et externe, plaquant ainsi le colon contre la paroi postérieure de l'abdomen où il repose directement sur les organes sous-jacents.

La torsion du segment iléo-cœcale ne pourra dès lors avoir lieu que si ces conditions ne sont pas réalisées et elles ne le seront pas si le colon ascendant

est rattaché à la paroi par un repli péritonéal plus ou moins long formant méso. Körte (de Berlin) a signalé un cas de torsion analogue chez un enfant. La plus grande partie de l'iléon, le cœcum, l'extrémité inférieure du colon ascendant s'étaient enroulés autour de l'axe mésentérique. Et à l'autopsie on trouva que le colon ascendant et le cœcum possédaient un méso commun, libre, se continuant avec celui de l'iléon.

Ce cas de Körte est identique au cas de notre femme, chez qui, pendant l'intervention, on trouva un défaut d'accolement du cœcum et du colon ascendant.

Voilà donc énumérées rapidement toutes les conditions étiologiques et pathogéniques les plus fréquentes des occlusions intestinales par torsion du mésentère.

Toutes ces conditions sont réalisées dans le cas de Monsieur le Professeur Bérard :

La malade, avant son occlusion, a été opérée d'urgence d'un étranglement herniaire. Après cette intervention se produisit une fistule pyo-stercorale. On trouva l'anse intestinale malade enfouie dans un placard inflammatoire étendu. On fit l'entéro-anastomose. Il est donc obligatoire qu'on aboutisse ainsi à la formation de brides inflammatoires et d'adhérences pathologiques. L'intestin a basculé autour de ces points fixes.

Les conditions anatomiques sont ainsi réalisées : le mésentère est long et souple ; cette femme est atteinte depuis longtemps de hernie crurale droite.

Le colon ascendant est pourvu d'un méso. Le cœcum est libre. Le segment iléo-colique peut se tordre.

Le mécanisme ne semble donc pas être différent des autres cas publiés.

Mais ce qu'il y a de curieux, je l'ai déjà dit, c'est l'occlusion traitée par l'entéro-anastomose, laquelle donne naissance elle-même, par ses suites inflammatoires intrapéritonéales, à une nouvelle occlusion intestinale.

Dès lors une question se pose : L'entéro-anastomose doit-elle être pratiquée dans les cas d'occlusion intestinale ?



COMMENT ENVISAGER
LE
TRAITEMENT
de
l'Occlusion Intestinale Aiguë ?

Nous avons à répondre à une question particulièrement délicate que nous nous sommes posée en terminant le précédent chapitre :

Faut-il pratiquer l'entéro-anastomose dans l'occlusion intestinale aiguë ?

C'est exposer une fois de plus le problème des indications du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë. On ne peut pas trancher ces indications par une formule ; les cas d'espèces seuls conditionnent la forme de la thérapeutique à adopter.

On peut néanmoins dire, qu'en principe, il est préférable de s'en tenir à l'entérostomie dans le traitement de l'occlusion intestinale aiguë.

Pour quelles raisons et quels sont donc les dangers de l'entéro-anastomose ?

Une première raison qui pourrait être invoquée

évidemment serait les risques d'occlusion par torsion que peut amener l'entéro-anastomose ; nous avons montré que cet accident était rare et l'inutilité du résultat de nos recherches bibliographiques en fait foi. Un accident exceptionnel ne peut faire proscrire une méthode thérapeutique.

Mais autrement sérieux est le danger que la laparotomie, suivie d'explorations chirurgicales et d'entéro-anastomose, fait courir au malade. Il ne faut pas oublier qu'une crise d'occlusion aiguë retentit singulièrement sur l'état général. Les malades arrivent à l'hôpital le facies angoissé, les yeux caves, le pouls petit et fréquent, la respiration accélérée et superficielle, le ventre ballonné : enfin le tableau clinique est celui de l'intoxication stercorale grave. La laparotomie dans ces conditions, avec recherche et destruction de l'obstacle, c'est la presque certitude de mort. L'entérostomie est alors formellement indiquée, c'est l'opération palliative minima, celle qui fait courir le moins de risques au malade.

Mais, objecte-t-on, la simple entérostomie comme traitement minimum de l'occlusion laisse subsister dans l'abdomen tous les facteurs de cette occlusion. Ceux-ci altèrent la nutrition des parois intestinales et l'entérostomie n'empêche pas alors la perforation et la mort par péritonite. C'est parfaitement exact et on court toujours cette mauvaise chance. Il vaut mieux la courir que d'aller à une quasi-certitude de mort. D'ailleurs l'entéro-anastomose ne peut pas toujours suffire à éviter la perforation ou la gangrène. Exemple : Dans la séance de la Société de Chirurgie de

Paris du 22 décembre 1920, M. Kummer (de Genève) rapporte un cas de gangrène intestinale à la suite d'une anastomose iléo-transverso-colique. Cette anastomose avait été pratiquée chez une femme à la suite d'une appendicite suppurée. Dix-huit mois après cette opération la malade présente brusquement des signes d'occlusion intestinale et de péritonite. Elle est opérée d'urgence : on tombe sur un début de gangrène de la dernière portion de l'iléou située en aval de l'entéro-anastomose. Cette portion iléale ne communiquait pas avec le colon transverse, empêchée qu'elle en était par une bride la comprimant. Que s'était-il passé ? Les matières passant par l'anastomose iléo-colique avaient subi en partie un transport rétrograde jusqu'au cœcum, elles avaient reflué dans l'iléon : d'où stase, dilatation, gangrène. Evidemment il s'agit là du colon et d'un mouvement antipéristaltique qui n'existe pas dans le grêle. Mais nous sommes persuadés que l'entéro-anastomose portant uniquement sur l'intestin grêle ne peut pas toujours suffire à faire disparaître les risques ultérieurs de gangrène et de perforation. Si l'on voulait supprimer complètement ces risques, il faudrait indispensablement recourir à la résection intestinale, opération d'une extrême gravité, en période de crise aiguë.

M. Ingebrigsten évoque un deuxième argument en faveur de l'entéro-anastomose. Pour lui l'entérostomie sur l'intestin grêle est un pis-aller, qui ne peut être que provisoire, en raison de la dénutrition rapide de l'opéré qui en est la conséquence. C'est

exact, surtout si l'anus latéral fistuleux est créé très haut sur l'iléon, mais alors l'anastomose iléo-colique ne vaut guère mieux. Et puis même en admettant cette dénutrition, ne vaut-il pas mieux créer un anus contre nature latéral que l'on peut fermer quelques jours après en pratiquant cette fois une laparotomie à froid. Et ce sera très facile si l'on dispose d'une paroi abdominale intacte et non infectée ; ce qu'on réalisera avec un tube de caoutchouc de calibre approprié qui assurera l'évacuation hors du pansement des liquides intestinaux sans risque de contamination de la peau.

En résumé, nous préférons dans le traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë l'entérostomie à l'entéro-anastomose pour plusieurs raisons :

1° L'entérostomie ne fait pas courir de risque d'occlusion ultérieure au malade ;

2° L'entéro-anastomose pas plus que l'entérostomie ne supprime les risques de gangrène et de perforation ;

3° L'entérostomie est une opération qui offre au malade le minimum de danger immédiat, de même que sa possibilité de dénutrition ultérieure est supprimée grâce à la fermeture de l'anus contre nature que l'on peut exécuter quelques jours après sa création et à froid.

Il faudrait encore tenir compte de l'incertitude devant laquelle on est, avec l'entéro-anastomose ; il est fréquent que, dans cette intervention, le rétablissement du cours des matières ne se fasse pas et c'est un danger de plus.

Nous ne voulons pas toutefois contre-indiquer

formellement l'entéro-anastomose et l'on peut malgré ce qui a été dit être amené à la pratiquer dans quelques cas spéciaux : quand l'état général du sujet ou la limitation du ballonnement permettent une exploration.

Le chirurgien doit alors veiller à atténuer les risques de son intervention, à sauvegarder au maximum la vie de son malade.

Quels sont ces risques ?

Le premier de ces dangers est l'exploration chirurgicale qui aggrave notablement les conditions de l'intervention. Et cependant si le diagnostic de la cause de l'occlusion n'a pu être fait par l'exploration clinique, cette exploration chirurgicale est indispensable.

Le deuxième écueil de l'entéro-anastomose est la libération brusque de la masse de liquide hyper-toxique et hyperseptique qui s'est accumulée en amont de l'obstacle. Ce liquide n'est pas un danger au niveau de la muqueuse intestinale des anses qui subissent la stagnation et la distension de l'iléus, car le pouvoir d'absorption est diminué à ce niveau. Mais croit-on, dès lors, qu'il soit indifférent de libérer brusquement ce liquide toxique par l'établissement d'une anastomose et de favoriser ainsi sa pénétration en masse dans un segment sain de l'intestin. Il peut en résulter une absorption massive, car au-dessous de l'obstacle l'intestin jouit intégralement de toutes ses propriétés d'absorption et, par par voie de conséquence, se produit alors une intoxication rapidement mortelle.

La conclusion c'est que l'évacuation au dehors de ce contenu intestinal avant la levée de l'obstacle, nous paraît être une mesure rationnelle. Cette évacuation gazeuse et liquide provoque l'affaissement de l'intestin et permet, dès lors, une exploration facile et rapide de l'abdomen sans manœuvres inutiles et sans faire subir à la masse intestinale distendue ce brassage désespérant et vain qui aggrave l'acte opératoire. Le deuxième avantage de cette évacuation est de soustraire l'organisme à toute cause d'intoxication résultant de l'absorption du liquide intestinal.

Comment évacuer ce contenu intestinal ?

Quand l'intestin distendu ne peut pas être éviscéré et qu'il faut l'évacuer sur place, on aura recours à la ponction de l'anse distendue au trocart aspirateur avec enfouissement de Witzel.

Si, au contraire, le segment distendu est pourvu d'un long méso, qui permet de l'amener en dehors de l'abdomen, à la ponction on préférera l'incision large. On court ainsi moins de dangers d'infection du champ opératoire et l'évacuation est plus rapide et plus complète.

Nous croyons en terminant cette étude sommaire pouvoir résumer les indications du traitement chirurgical de l'occlusion intestinale aiguë par ces mots :

L'entéro-anastomose, comme méthode thérapeutique, de l'occlusion intestinale aiguë, même après évacuation des anses grêles distendues, est une opération grave, qu'on ne doit pratiquer qu'exceptionnellement. Dans la majorité des cas on lui préférera l'anus contre nature avec fermeture secondaire.

OBSERVATION I

(Routier)

Le 10 janvier 1890, je fus appelé d'urgence, à l'hôpital Laennec, pour une femme atteinte d'obstruction intestinale ; voici son histoire :

D'une bonne santé habituelle, elle eut, à la suite de couches, il y a 10 ans, une péritonite assez grave et resta habituellement très constipée.

Dans la nuit du 8 au 9 janvier, vers deux heures du matin, elle fut brusquement éveillée par une douleur vive siégeant dans la région du colon transverse.

Dès le matin du 9, elle commença à vomir et n'eut plus, dès lors, ni selles ni gaz. Le soir les vomissements devinrent fécaloïdes, à la suite d'un purgatif qui lui avait été administré ; ils l'étaient encore quand je la vis.

Le 10, à 6 heures du soir, quand j'arrivai auprès d'elle le facies était angoissé, les yeux un peu caves, le poulx petit, filiforme, très rapide ; la température était de 37° 6 ; la langue était humide et, à chaque instant, elle avait des renvois et rendait des gorgées de matières fécaloïdes.

Le ventre était gros sans cependant présenter un ballonnement extrême, la sonorité exagérée partout ; à gauche, à la hauteur de l'ombilic, existait une région douloureuse de la largeur de la paume de la main ; cette douleur était exagérée par la pression et la percussion : le reste du ventre était indolent.

Dans cette région douloureuse, je sentais à la palpation une induration qui me parut être autre chose que de la contracture musculaire. Les internes présents à mon examen ne purent arriver à percevoir cette même sensation.

Le toucher vaginal me permit seulement de sentir un

gros utérus fort peu mobile et dont la mobilisation était douloureuse.

Le toucher rectal ne m'apprit rien, sinon que les pressions exercées vers la gauche étaient douloureuses, tandis que partout ailleurs elles étaient indolentes.

En face de ces signes, je n'hésitai pas à diagnostiquer une occlusion intestinale et n'ayant pas sous la main tout ce qu'il aurait fallu pour essayer un lavement électrique je procédai à la laparotomie.

Ceci se passait dans le service de mon excellent ami M. le docteur Berger, ce qui me permit d'opérer sur l'heure et dans de très bonnes conditions.

A peine l'abdomen ouvert, par une courte incision sous-ombilicale et commençant à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, il s'écoula une assez grande quantité de liquide louche si bien comparé par mon excellent ami, M. Bouilly, à du bouillon sale.

Je pus voir des anses de l'intestin grêle distendues et congestionnées tandis qu'à côté d'autres parties de ce même intestin étaient affaissées et décolorées.

Introduisant deux doigts dans la cavité tout me parut libre en bas et à droite ; mais à gauche je sentis un corps tendu d'une dureté ligneuse que je ne saurais mieux comparer, et pour l'aspect, et pour la forme qu'à un demi disque de bois qui aurait eu 15 centimètres de diamètre environ.

M. Berger entra en ce moment dans la salle d'opération et je pus lui faire constater de visu ces diverses particularités, j'agrandis l'incision : il fut facile, avec des éponges, de maintenir l'intestin dans l'abdomen ; attirant alors l'intestin distendu et le refoulant à mesure sous la paroi abdominale vers l'hypocondre droit, je dévidai ainsi environ 80 centimètres d'intestin jusqu'au moment où je sentis une résistance.

Attirant toujours avec ménagement, j'amenai vers la ligne médiane de façon à la voir, une partie de l'intestin

distendu et dont les anses semblaient collées entre elles ; des tractions prudentes me permirent de les séparer, puis tout d'un coup, j'eus la sensation d'une résistance vaincue ; tout le paquet intestinal sembla reprendre son aspect normal au point de vue du volume et il me fut impossible de retrouver la région dure dont j'ai parlé. La détorsion s'était faite dès la libération des anses.

Sauf la couleur, qui était restée foncée sur certaines régions, l'intestin me paraissait reprendre sa circulation ; j'épongeai avec soin les hypocondres et le petit bassin ; je constatai le gros volume de l'utérus qui était un peu rugueux à la surface ; les annexes étaient suffisamment libres ; je refermai le ventre.

Le tout avait duré une demi-heure environ.

La malade est guérie et je l'ai revue bien portante depuis. Sa guérison fut cependant retardée par une pneumonie ou plutôt une broncho-pneumonie.

OBSERVATION II

(Docteur Pothérat. Congrès de Chirurgie de 1913)

Il s'agit d'un homme de 58 ans, entré dans mon service de l'Hôtel-Dieu au mois d'octobre dernier. C'était le 18. Jusqu'au 7 octobre cet homme n'avait jamais été malade. A partir de cette date il éprouve un malaise général. Son appétit se perd, il a même du dégoût pour les aliments, il sent ses forces décliner. Toutefois il ne vomit pas, va à la garde robe tous les jours, tantôt normalement, tantôt en rendant des gaz en quantité très abondante, ce qui lui apporte du soulagement et relache son ventre qui lui paraît parfois tendu, sans être douloureux. Tous ces troubles ne sont ni gênants, ni si marqués qu'ils empêchent cet homme de se rendre chaque jour à son travail de tripier aux halles.

Mais le 17 octobre au soir, il est pris tout à coup de violentes douleurs abdominales avec vomissements. Ces douleurs répandues dans tout l'abdomen sont d'une extrême intensité et revêtent nettement le caractère de coliques du miserere. Les vomissements d'abord alimentaires sont bientôt bilieux, très amers, extrêmement abondants. Le malade peut à peine respirer et des frissons violents secouent son corps. Cet état dure toute la nuit. Il continue et s'aggrave encore, le lendemain, au point que le malade apporté dans mon service peut à peine répondre à nos questions au moment de la visite à la fin de la matinée. Le facies est pâle, terreux, angoissé et représente, d'une manière très nette, le facies péritonéal.

La dyspnée est intense, la respiration est très courte, le nombre des respirations par minute est triplé.

Les douleurs abdominales excruciantes se succèdent à intervalles très rapprochés. Les vomissements sont très abondants, noirâtres, non fécaloïdes. Le pouls encore assez bien frappé, est très fréquent. La température axillaire est de 38°. Entre les vomissements il y a des quintes de toux avec rejet de mucosités filantes, jaunâtres, puriformes parfois. Le malade était envoyé à l'hôpital avec le diagnostic de hernie étranglée. Effectivement il portait à gauche une volumineuse hernie scrotale. Mais cette hernie n'était nullement tendue, on la réduisait très facilement. Elle rentrait bien véritablement dans le ventre avec un léger gonflement par un large orifice dans lequel plusieurs doigts pouvaient s'engager sans difficulté jusqu'à l'abdomen. Cette hernie ne pouvait en aucune manière être la source des accidents. Les autres orifices herniaires normaux ou anormaux ne présentaient rien d'insolite.

Et pourtant les accidents rappelaient ceux de l'occlusion intestinale aiguë et le malade affirmait bien n'avoir rendu ni matières, ni gaz depuis plus de 24 heures. Habitué à évacuer ceux-ci en abondance, il s'était bien

rendu compte de leur suppression totale, ce qu'il regret-tait amèrement, car il avait l'impression que s'il en rendait, cela le soulagerait de suite comme à l'ordinaire.

L'examen du ventre était des plus instructifs, peu tendu et même souple dans les parties inférieures, il laissait la main plonger jusque dans les fosses illiaques et même le bassin ; mais au niveau de l'ombilic et au-dessus, plus à droite qu'à gauche, il y avait une tuméfaction marquée, tendue, sonore à la percussion et dont la palpation était douloureuse. Je pensai donc qu'il s'agissait d'une occlusion par bride (bride haut située) de sorte que l'occlusion portait sur un point élevé de l'intes-tin et sans plus tarder je pratiquai une laparotomie médiane para, sus et sous ombilicale. L'exploration de la partie inférieure de l'abdomen confirmait pleinement nos constatations cliniques. Les anses grêles étaient flasques, affaissées plus ou moins : l'anneau inguinal gauche était largement perméable, il n'y avait pas d'étranglement herniaire.

Mais au niveau et au-dessous de l'ombilic, il existait une tumeur volumineuse, presque aussi grosse qu'une tête d'adulte, arrondie, tendue, rénitente, rappelant par sa forme et son aspect extérieur un kyste, mais sonore à la percussion directe. En y regardant de très près, il était aisé de voir des anses intestinales absolument unies entre elles et que leur coloration saumonée, différente de la coloration blanche des petits intervalles au niveau desquels elles s'unissaient, faisaient reconnaître que les anses étaient très tendues ; il était évident que les matiè-res et les gaz y étaient accumulés par le fait d'un obstacle sous-jacent. Quel était cet obstacle ? Voilà ce qu'il ne fut pas facile tout d'abord d'élucider. Mais ayant agrandi l'incision abdominale et ayant éviscéré cette tumeur d'anses agglomérées, je vis à ma grande surprise qu'elle était portée par un pédicule gros comme le pouce et tordu sur lui-même à la manière d'une spire. Ce pédicule était

le mésentère lui-même. Je dus pour le rétablir dans son état normal prendre la tumeur entre les deux mains et la tourner deux fois sur elle-même de gauche à droite et de bas en haut. Je vis alors le mésentère s'étaler tout en gardant les empreintes nettes de deux tours de spire. C'était donc une torsion du mésentère dans le sens des aiguilles d'une montre qui avait provoqué les accidents d'obstruction.

Cette torsion avait été provoquée par la rotation de la masse spérique constituée par les anses intestinales agglomérées. Chose curieuse, il n'y avait guère que la moitié supérieure de l'intestin grêle qui participait à cette agglomération et par suite la moitié seulement du mésentère s'était tordue.

Quant à l'agrégation des anses intestinales, elle devait reconnaître pour cause une tuberculose péritonéale, car séreuse et viscères étaient recouverts de granulations tantôt rares et discrètes, tantôt abondantes, presque confluentes, miliaires ici, grosses et en voie de caseification là.

Guérison de l'occlusion sans incidents.

Mort par la suite de tuberculose pulmonaire.



CONCLUSIONS

1° Un danger ignoré de l'entéro-anastomose est l'occlusion intestinale à lointaine échéance qui peut en résulter ;

2° Cette occlusion rentre dans la catégorie des occlusions par torsion du mésentère ;

3° Ces occlusions par torsion du mésentère demandent des dispositions anatomo-pathologiques prédisposantes et des dispositions anatomiques essentielles.

Dispositions anatomo-pathologiques : ancienne réaction inflammatoire du péritoine ayant abouti à la formation de brides ou d'adhérences.

Dispositions anatomiques : si l'intestin grêle seul est en cause : longueur exagérée et souplesse du mésentère ; si le cœcum et le colon ascendant y participent : nécessité de l'existence d'un cœcum libre et d'un long méso-colon.

4^e Cette complication de l'entéro-anastomose n'est pas suffisante à elle seule pour la faire rejeter comme méthode thérapeutique de l'occlusion intestinale aiguë. Mais ce procédé a beaucoup d'autres inconvénients dont les principaux sont un danger plus considérable et l'incertitude où l'on est du rétablissement probable du cours des matières. Il faudra donc, dans la généralité des cas, lui préférer l'anus contre nature.

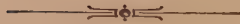
LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE,
D^r L. BÉRARD.

Vu :
LE DOYEN,
J. LÉPINE.

Vu et permis d'imprimer :

Lyon, le 27 janvier 1291.

LE RECTEUR,
PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
Pour le Recteur et par Délégation,
LE VICE-PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
L. JOSSERAND.



BIBLIOGRAPHIE



ANDRIEUX JACQUES. — Obstruction intestinale par péritonite tuberculeuse. Thèse Paris 1913-1914.

BASSINOT. — Thèse Paris 1899.

BÉRARD et DELORE. — Revue de chirurgie 1899. page 579.

BÉRARD. — Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris, 27 décembre 1920.

BOYER JEAN. — Diverticulite et occlusion intestinale par diverticule de Meckel. Thèse Montpellier 1919.

P. DELBET. — Société de Chirurgie. Bulletin du 15-22 juin 1898.

LE DENTU et DELBET. — Traité de Chirurgie. Affections chirurgicales de l'abdomen.

FORGUE. — Précis de pathologie externe.

GIRÈT. — Formes cliniques de l'occlusion intestinale incomplète. Thèse Paris 1908-1909.

KÖRTE. — Congrès des chirurgiens allemands, 1899.

KUMMER. — Société de chirurgie. Bulletin du 27 décembre 1920.

OKINCZYK. — Société de chirurgie. Bulletin du 2 novembre 1920.

PIERRE. — L'obstruction intestinale par adhérences utéro-intestinales après l'opération césarienne. Thèse Bordeaux 1919.

POSIN. — L'obstruction intestinale par péritonite tuberculeuse. Thèse Paris 1914.

POTHÉRAT. — Société de chirurgie. Bulletin du 22 avril 1913.

ROUTIER. — Société de chirurgie. Bulletin du 7 mai 1898.

SCHWARTZ. — Semaine médicale 1892.

TESTUT et JACOB. — Traité d'anatomie topographique.



Imp. J. DELORME, 9, Rue Jacques-Cellerier — DIJON
